

Muschalla, B. (2016). Diagnostik „rund um die Arbeit“ bei psychischen Erkrankungen. *Psychotherapie im Dialog*, 02/2016, 22-25.

Diagnostik „rund um die Arbeit“ bei psychischen Erkrankungen

Beate Muschalla

Freie Universität Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie

Manuskript zur Publikation in **Psychotherapie im Dialog**

Korrespondenzadresse:

Dr. Beate Muschalla, Freie Universität Berlin, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany, Email:

beate.muschalla@gmx.de

Kursiv = Merksätze / Kernaussagen

Diagnostik „rund um die Arbeit“ bei psychischen Erkrankungen

[Vorspann

Arbeitsplatzprobleme und Arbeitsängste führen häufig zu Arbeitsunfähigkeit und u.U. zu Beeinträchtigungen der weiteren Berufsbiographie. Konkrete arbeitsbezogene Diagnostik erleichtert das Finden von Therapiezielen und Behandlungsansätzen.]

Etwa 60% der Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation kommen mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten und Problemen. Aber auch in der ambulanten Praxis findet man unter Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen etwa 10%, die ihrem Arbeitsplatz mit phobischem Vermeidungsverhalten gegenüberstehen und häufig in einer Langzeitarbeitsunfähigkeit stecken (Muschalla & Linden 2013).

Herauszufinden, was bei diesen Patienten das Problem ist, ist eine unabdingbare Voraussetzung um einen passenden Behandlungsansatz zu finden.

Arbeitsplatzprobleme benötigen in der Regel eine Rundumdiagnostik. Diese betrifft

- 1. die Symptomatik (arbeitsbezogene Psychopathologie und Vermeidung)*
- 2. die Arbeitssituation an sich (Arbeitsanforderungen und Arbeitssituation)*
- 3. die Bewältigungsfähigkeiten (Umgang mit der Arbeit, Arbeitsfähigkeit)*

Da Arbeitsplatzängste und –probleme zumeist stimulusgebundene Phänomene sind, muss die Exploration konkret arbeitsbezogen erfolgen. Einige hilfreiche Explorationsfragen für die klinische Diagnostik auf allen drei Ebenen sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Klinische Diagnostik rund um den Arbeitsplatz

Für die klinische Diagnostik der arbeitsbezogenen Beschwerdesymptomatik oder Erkrankung an sich sind ein psychopathologischer Befund und Anamnese inklusive somatischer Abklärung unerlässlich.

Da arbeitsbezogene Beschwerden häufig im psychotherapeutischen Erstgespräch nicht spontan berichtet werden, sollte dieser Bereich gezielt abgefragt werden. Bei der Exploration des arbeitsbezogenen Krankheitsmodells des Patienten ist darauf zu achten, dass es nicht seitens des Untersuchers zur Induktion oder Verstärkung dysfunktionaler Attributionen kommt (etwa der Art: Die Krankheit kommt vom Arbeitsstress). Stattdessen kann es hilfreich sein eher neutrale Formulierungen zu verwenden, z.B. von der „Arbeitssituation“ und nicht dem „Arbeitsproblem“ zu sprechen. Bei der Exploration des Umgangs mit der Arbeit ist auch auf Ressourcen zu achten („Wofür haben Sie bei der Arbeit einmal Anerkennung erhalten?“, „Was können Sie gut?“).

Zu wissen wie der Arbeitsplatz des Patienten aussieht und welche Anforderungen er stellt ist wesentliche Voraussetzung nicht nur für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, sondern auch, um im Sinne eines Fähigkeiten-Trainings sinnvolle Therapieziele zu formulieren.

Wie kommt man an Arbeitsplatzbeschreibungen? Uns als Therapeuten sitzen zunächst einmal die Patienten gegenüber. Herstellung eines Kontaktes zum Arbeitsplatz, z.B. mittels Telefonaten mit Kollegen oder Vorgesetzten oder einem Betriebsarzt des Patienten, sind manchmal wünschenswert, jedoch nicht immer realisierbar. Wenn keine arbeitsbezogenen fremdanamnestischen Daten oder ein Anforderungsprofil der konkreten Tätigkeit einholbar sind, müssen Informationen über die Beschaffenheit der Arbeitssituation vom Patienten selbst eingeholt werden. Dies gelingt, wenn die konkreten Arbeitsanforderungen erfragt werden, im Sinne von: „Wenn Sie morgens auf der Arbeit ankommen, was müssen Sie dann tun?“ Es geht bei der Exploration von Arbeitsbedingungen primär darum herauszubekommen, was auf der Arbeit zu erledigen ist, wie, wo, und mit wem, und nicht wie es dem Patienten mit dieser Arbeitssituation „geht“.

Es gibt durchaus Arbeitssituationen, bei denen man als Therapeut vollstes Verständnis für den Patienten empfindet und dessen Unwillen verstehen kann, an diese Arbeit nicht wieder zurück zu wollen. Dennoch bleibt sorgfältig zu unterscheiden, ob es sich um eine krankheitsbedingte phobische Symptomatik handelt, oder ob es um ein Phänomen einer Z-Diagnose (ICD-10, WHO, 1994) und damit um „Gesundes Leiden“ geht, z.B. Unwillen gegenüber der Arbeit weil es einen unliebsamen Vorgesetzten gibt oder langweilige Aufgaben.

[Tabelle 1 ungefähr hier einfügen]

Ergänzende Fragebögen und Leitfäden zur Explorationsstrukturierung

Als Ergänzung zur klinischen Untersuchung können die im Folgenden vorgestellten Instrumente im Sinne von Screenings als Orientierungshilfe oder als Explorationshilfe genutzt werden. Sie ersetzen jedoch nicht die fachkundige klinische Befundung, Verlaufsexploration und Indikationsstellung durch einen Approbierten.

Symptomatik

Arbeits-Angst-Interview (AAI). Das halbstrukturierte „Arbeits-Angst-Interview“ (AAI, Muschalla & Linden 2013) wurde als Forschungsinterview zur differenziellen Erfassung arbeitsplatzbezogener Ängste entwickelt. Es kann in der klinischen Praxis als Untersuchungsleitfaden verwendet werden. Exploriert werden die folgenden Arbeitsangstqualitäten: arbeitsplatzbezogene posttraumatische Belastungsreaktion, arbeitsplatzbezogene Anpassungsstörung mit Angst oder anderen Affektqualitäten, arbeitsplatzbezogene situative Ängste, arbeitsplatzbezogene spezifische oder unspezifische soziale Ängste, arbeitsplatzbezogene generalisierte Sorgenängste, arbeitsplatzbezogene hypochondrische Ängste, arbeitsplatzbezogene Insuffizienzängste, sowie Arbeitsplatzphobie. Arbeitsplatzphobie ist als das umfassende den gesamten Arbeitsplatz betreffende phobische Syndrom beschrieben, mit panikähnlicher Angst bei Annäherung an, Anwesenheit am, oder beim Gedanken an den Arbeitsplatz und Angstreduktion bei Vermeidung. Letztere zeigt sich oftmals im Sinne von Langzeitkrankschreibung.

Arbeitsplatzphobie-Skala. Die „Arbeitsplatzphobie-Skala“ ist ein Screening-Instrument, das das Ausmaß und die Intensität globaler arbeitsbezogener Angst auf den Dimensionen der Angstsymptome und des Vermeidungsverhaltens erfasst (Muschalla & Linden 2013). Die Skala erfasst mit 13 Items kognitive, emotionale, verhaltensbezogene (Vermeidung) sowie physiologische Aspekte phobischer arbeitsplatzbezogener Angst. Faktorenanalysen an unabhängigen Stichproben zeigten die zwei Dimensionen: „Arbeitsbezogenes Panikerleben“ und „Arbeitsbezogenes Vermeidungsverhalten“. Sie bilden damit die Leitsymptomatik von arbeitsplatzphobischer Angst ab. Je höher der Mittelwert auf der Arbeitsplatzphobie-Skala, des-

to häufiger wurde im Arbeits-Angst-Interview die Diagnose einer Arbeitsplatzphobie gestellt und desto häufiger und desto länger waren die Patienten arbeitsunfähig.

Arbeitssituation

Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse KFZA. Der „Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse“ (KFZA, Prümper et al. 1995) stellt eine Sammlung von 26 ausgewählten repräsentativen Items aus gut bewährten Arbeitsanalyseinstrumenten dar. Er beschreibt die folgenden arbeitspsychologisch relevanten Bereiche:

1. Arbeitsinhalte (Dimensionen: Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit),
2. Ressourcen (Dimensionen: Handlungsspielraum, Soziale Rückendeckung, Zusammenarbeit),
3. Stressoren (Dimensionen: Qualitative Arbeitsbelastung, Quantitative Arbeitsbelastung, Arbeitsunterbrechung, Umgebungsbelastung),
4. Organisationsklima (Dimensionen: Information und Mitsprache, betriebliche Leistung).

Trotz der Kürze der Subskalen kommt der KFZA zu überwiegend zufriedenstellenden psychometrischen Kennwerten. Der KFZA kann in der therapeutischen Praxis verwendet werden um einen ersten Eindruck der subjektiven Arbeitsplatzwahrnehmung von Patienten zu erhalten. Diese Arbeitsplatzwahrnehmung kann als veränderbar angenommen werden, und es kann auch ein Behandlungsziel sein, ein kognitives Reframing bei dysfunktional negativen Sichtweisen auf die Arbeit vorzunehmen (Muschalla et al. 2014).

Bewältigungsfähigkeiten

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster AVEM. Der Fragebogen zu „arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern AVEM“ ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Instrument (Schaarschmidt & Fischer 2003). Der AVEM misst globale Bewältigungsmuster für die Arbeit, jedoch nicht mit direktem Bezug zu einer arbeitsbezogenen Rückkehr nach Arbeitsunfähigkeit. Der AVEM beinhaltet die Skalen:

1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit,
2. Beruflicher Ehrgeiz,
3. Verausgabungsbereitschaft,
4. Perfektionsstreben,
5. Distanzierungsfähigkeit,
6. Resignationstendenz bei Misserfolg,
7. Offensive Problembewältigung,
8. innere Ruhe und Ausgeglichenheit,
9. Erfolgserleben im Beruf,
10. Lebenszufriedenheit,
11. Erleben sozialer Unterstützung.

Für Individualauswertungen lassen sich Profile von Copingmustern erstellen. Diese können vor dem Hintergrund von vier prototypischen Bewältigungsmustern interpretiert werden:

Bewältigungsmuster G (Gesundheit) und S (Schonung),

Risikomuster A im Sinne von Selbstüberforderung, und Risikomuster B im Sinne von chronischem Erschöpfungserleben und Resignation.

Der AVEM wurde in Therapieverlaufsuntersuchungen bei Psychosomatik-Patienten verwendet (Beutel et al. 2004) und kann als therapeutisches Tool zur Reflexion von Arbeits- und Bewältigungsverhalten mitverwendet werden.

Inventar zum Job-Coping und Rückkehrintention JoCoRi

Für die Behandlungsevaluation und Verlaufsbeobachtung ist nicht (nur) eine Reduktion der arbeitsbezogenen Beschwerden und ggf. Angstsymptomatik von Bedeutung, sondern vor allem sollten (auch „am Symptom vorbei“) arbeitsbezogene Coping-Fähigkeiten und die Rückkehrintention thematisiert werden.

Auf Grundlage bewährter verhaltenstherapeutischer Ansätze der Angstbehandlung und Fähigkeitstrainings (z.B. Hillert et al. 2007; Kaluza 2004; Margraf & Schneider 1990) und psychologischer Konzepte zu Verhaltenskontrolle und Handlungsintention (z.B. Heckhausen et al. 1987) wurde ein Selbstbeurteilungsfragebogen entwickelt, der arbeitsbezogene Coping-Strategien und Rückkehrintention erfasst. Das 30-Items umfassende Inventar zum „Job-Coping-und-Rückkehr-Intention“ (JoCoRi, Muschalla et al. 2015) wurde bei mehreren

unabhängigen Stichproben von Patienten in somatischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken evaluiert. Es diente in einer Therapiestudie zur Behandlung von Arbeitsängsten als Outcome-Instrument. Faktorenanalytische Ergebnisse bestätigten sieben Dimensionen: Rückkehrintention und -planung, arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, Coping I: Selbstberuhigung und Selbstinstruktion, Coping II: aktive Interaktion und Problemlösen am Arbeitsplatz, Bedeutung der Arbeit, arbeitsbezogene externale Kontrollüberzeugung, Kontrollüberzeugung bzgl. der Aufnahme der Arbeit.

Beschreibung von (Arbeits-)Fähigkeitsbeeinträchtigungen mit dem Mini-ICF-APP

Eine Arbeitsunfähigkeit liegt im sozialmedizinischen Sinne dann vor, wenn ein Patient krankheitsbedingt seine berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann (Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie, GBA, 2014).

Arbeitsfähigkeit sollte nicht nur für Vertragsärzte oder in der stationären Rehabilitation ein wichtiges Thema sein. Auch Psychologische Psychotherapeuten tragen wesentlich dazu bei, Patienten mit psychischen Erkrankungen in ihren arbeitsbezogenen Bewältigungsfähigkeiten zu stärken und ggf. einen beruflichen Wiedereinstieg zu befördern. Daher ist das Thema Arbeit generell in der Psychotherapie von großer Wichtigkeit.

Ein hilfreicher Leitfaden zur Exploration und zur Therapiezielfindung hinsichtlich der arbeitsbezogenen Aktivitäten und Fähigkeiten bietet das inzwischen international evaluierte Mini-ICF-APP. Das Fremdrating wird als Strukturierungshilfe für die Exploration und Befunderstellung empfohlen (z.B. DRV 2012). Mit dem Mini-ICF-APP-Rating (Linden et al. 2009, 2015) können Aktivitäts- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen beschrieben und quantifiziert werden. Es wurde in Anlehnung an die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF“, (WHO 2001) entwickelt. Das Mini-ICF-APP eignet sich zur Beurteilung des aktuellen Fähigkeitsbeeinträchtigungsstatus von Patienten sowie zur Veränderungsmessung bspw. im Rahmen einer Therapieverlaufskontrolle. Es soll eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß ein Patient in seiner Leistungsfähigkeit bei der Durchführung von beruflichen Aktivitäten beeinträchtigt ist. Es werden die folgenden Fähigkeiten beurteilt: Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität

und Umstellungsfähigkeit, Kompetenz- und Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, Proaktivität und Spontan-Aktivitäten, Selbstpflege und Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit. Eine hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit relevante Beeinträchtigung liegt vor, wenn es regelmäßigen Unterstützungsbedarf durch Dritte gibt. Das Mini-ICF-APP kann auch als Grundlage für eine fähigkeitsorientierte Therapiezielfindung dienen (Muschalla, 2014).

Fazit

Psychische Erkrankungen mit Problemen am Arbeitsplatz zu behandeln erfordert eine gezielte arbeitsbezogene Rundumdiagnostik. Sie umfasst sowohl die Symptomatik, die (Arbeitsbewältigungs-)Fähigkeiten, wie auch die Arbeitssituation.

Symptomatik/Beeinträchtigungen auf der einen Seite und Arbeitsanforderungen auf der anderen Seite sind dabei auseinanderzuhalten.

Eine Verstärkung dysfunktionaler Annahmen über die Arbeit kann mittels gezielter Gesprächsführung verhindert werden. Der Therapeut muss sich von empörten oder ängstlichen Schilderungen über Arbeitsplatzszenarien nicht anstecken lassen, sondern kann mit empathischem Interesse nachforschend und sachlich ein Coping-Modell bieten.

Fragebögen und Interviewleitfäden zur Arbeitsplatzwahrnehmung und arbeitsbezogenen Beschwerden können dazu dienen, einen ersten Zugang zum Thema zu schaffen und die Exploration differenzierter zu gestalten. Mit Hilfe des Fähigkeiten-Befundes (in Ergänzung zum psychopathologischen Befund) können aktivitätsorientierte Therapieziele und differenziertere sozialmedizinische Epikrisen formuliert werden.

Literatur

Beutel ME, Zwerenz R, Kayser E, Schattenburg L, Knickenberg RJ. Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf: Eignet sich der AVEM als Messverfahren für psychisch und psychosomatisch Kranke? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2004; 33: 110–119

DRV Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin: DRV; 2012

GBA Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweise Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 und 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie). Gemeinsamer Bundesausschuss, Bundesanzeiger AT 27.01.2014 B4; in Kraft getreten am 28. Januar 2014

Heckhausen H, Gollwitzer PM, Weinert FE, Hrsg. Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin: Springer; 1987

Hillert A, Koch S, Hedlund S. Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007

Kaluza G. Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin: Springer; 2004

Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Göttingen: Hans Huber; 2009, 2015

Margraf J, Schneider S. Panik-/Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer; 1990

Muschalla B, Fay D, Hoffmann K. Entwicklung eines Inventars für Job-Coping und -Rückkehrintention (JoCoRi). Diagnostica 2015; 61: online publiziert

Muschalla B. Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. *Verhaltenstherapie* 2014; 24: 48–55

Muschalla B, Linden M. Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. *Phänomenologie, Diagnostik, Behandlung, Sozialmedizin*. Stuttgart: Kohlhammer; 2013

Muschalla B, Fay D, Jöbges M, et al. Evaluation einer Gruppentherapie für arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Abschlussbericht zum DRV-Forschungsprojekt. Bernau/Potsdam: Brandenburgklinik Bernau und Universität Potsdam, Arbeits- und Organisationspsychologie; 2014

Prümper J, Hartmannsgruber K, Frese M. KFZA. Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 1995; 39: 125–132

Schaarschmidt U, Fischer AW. AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt am Main: Swets & Zeitlinger; 2003

Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan H, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 22–33

WHO World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization; 1994

WHO World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization; 2001

Dr. Beate Muschalla

Psychologische Psychotherapeutin Verhaltenstherapie

Freie Universität Berlin

Klinische Psychologie und Psychotherapie

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin, beate.muschalla@gmx.de

Während und nach der Ausbildung Tätigkeit als Therapeutin in Rehabilitationskliniken, und als Wissenschaftlerin in Forschungsprojekten zu arbeitsplatzbezogenen Ängsten und fähigkeitsorientierter Diagnostik und Behandlung bei chronischen psychischen Erkrankungen, u.a. in Kooperation mit der Arbeitspsychologie der Universität Potsdam.



Tab. 1. Beispiele für Explorationsinhalte in der arbeitsbezogenen Diagnostik

Explorationsfragen	Explorationsziel
Symptomatik	Abklärung arbeitsbezogener Psychopathologie und Krankheitskonzept des Patienten
Wie geht es Ihnen mit dem Gedanken, die Straße entlang zu laufen in der sich Ihre Arbeitsstätte befindet?	Arbeitsplatzphobische Reaktion
Haben Ihre Gesundheitsbeschwerden Auswirkungen auf die Arbeit?	Leistungsinsuffizienzängste
Machen Sie sich viele Sorgen um Alltäglichkeiten bei der Arbeit? Können Sie nach der Arbeit schwer abschalten?	Arbeitsbezogene Sorgenneigung i.S. generalisierter Angst
Haben Ihre Gesundheitsbeschwerden etwas mit der Arbeit zu tun?	Externalisierende Attribution
Bewältigungsfähigkeiten und –defizite	Arbeitsbezogene Bewältigungsmöglichkeiten und Fähigkeitsniveau
Schaffen Sie Ihre Arbeit in der Regel in der dafür vorgesehenen Zeit? Wie schaffen Sie Ihre Arbeit im Vergleich zu Kollegen die die gleiche Arbeit machen? Benötigen Sie mehr Pausen als Kollegen?	Anpassung an Regeln und Routinen, Durchhaltefähigkeit
Haben Sie am Arbeitsplatz einen festen Platz in Ihrer Abteilung / Arbeitsteam, oder fühlen Sie sich oft am Rande oder außen vor?	Gruppenfähigkeit
Wie gehen Sie damit um wenn mal verschiedene Sachen auf einmal kommen, oder wenn es hektisch wird?	Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
Arbeitsplatzsituation	Anforderungsbeschreibung und Differentialdiagnostik potentieller

	angstverstärkender Stimuli
Wenn Sie morgens um 8 ins Büro kommen und Ihren Mantel in den Schrank gehängt haben, was müssen Sie dann tun?	Beschreibung der Arbeitsaufgaben über den Arbeitstag hinweg explorieren
Haben Sie auf der Arbeit regelmäßig mit Kunden, Patienten, Schülern, anderen Dritten zu tun, die Forderungen stellen oder sich beschweren o.ä.?	Bedrohung durch Dritte
Müssen Sie vor anderen sprechen (in Konferenzen, Vorträge) oder Arbeitsgruppen, Besprechungen leiten? Müssen Sie mit Kollegen an gemeinsamen Arbeitsaufgaben zusammenarbeiten?	Soziale Exposition
Haben Sie bei der Arbeit mit giftigen Stoffen, gefährlichen Situationen, oder Unfallgefahren zu tun?	Exposition gegenüber sachlicher Bedrohung
Gibt es bei Ihrer Arbeit viele „unbekannte Größen“, Dinge die nicht planbar sind, auf die Sie spontan aus dem Stegreif reagieren müssen? Gibt es häufige Neuerungen in Abläufen, Technik, Arbeitsumgebung, Arbeitsorten?	Ungewissheitspotential, Flexibilitätsanforderungen
Schaut Ihnen Ihr Vorgesetzter oder eine Kamera regelmäßig genau auf die Finger? Wird genau dokumentiert was Sie auf der Arbeit tun? Gibt es Zielgespräche und Rückmeldungen zu Arbeitsergebnissen? Müssen Sie in bestimmten Zeiträumen bestimmte Leistungen vorlegen? Wird Ihre Arbeit im Vergleich mit anderen Kollegen öffentlich bewertet (z.B. Mitarbeiterankings)?	Controlling, Leistungsanforderungen und – (Konkurrenz)druck

CME-Fragen:

Was ist hinsichtlich der Exploration von Arbeitssituationen zu beachten?

- A) Es müssen offizielle Berufsfelderbeschreibungen (bspw. Berufsinformationen der Bundesagentur für Arbeit) verwendet werden.
- B) Der Affekt des Patienten beim Bericht über die Arbeit lässt Rückschlüsse zu auf die Qualität des Arbeitsplatzes.
- C) Die Exploration sollte deskriptiv die Arbeitsaufgaben und Arbeitssituation erfragen.**
- D) Die Arbeitsplatzbeschreibung des Patienten ist unbrauchbar und überflüssig, da sie mit Befindlichkeitsstörungen konfundiert ist.
- E) Es muss beim Arbeitgeber eine Arbeitsplatzbeschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes eingeholt werden.

Ein Patient hat im „Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse, KFZA“ angegeben, dass er „zu viel Arbeit“ habe. Was kann man mit diesem Ergebnis anfangen?

- A) Auf Basis des Testergebnisses kann man schlussfolgern, dass der Patient einen überfordernden Arbeitsplatz hat und dass eine Arbeitsplatzanpassung notwendig ist.
- B) Das Ergebnis deutet darauf hin, dass in der Arbeitssituation des Patienten ein Mobbing laufen könnte. Die Exploration wird dahingehend fortgesetzt, und der Patient wird über seine Rechte informiert wie er gegen Mobbing juristisch vorgehen kann.
- C) Das Ergebnis deutet darauf hin, dass beim Patienten ein depressives Syndrom mit arbeitsbezogenen Insuffizienzängsten vorliegt.
- D) Das Ergebnis kann als Ausgangspunkt für eine vertiefende Exploration genutzt werden: wie genau kommt dieser Eindruck zustande? Was hat der Patient an einem Arbeitstag zu tun?**
- E) Auf Basis des Ergebnisses kann als fähigkeitsorientierte Behandlungsmaßnahme ein Zeitmanagementtraining angesetzt werden.

Nach umfassender klinischer Befundung der krankheitsbedingten Fähigkeitsbeeinträchtigungen mit dem Mini-ICF-APP wird deutlich, dass ein langzeitarbeitsunfähiger Patient mit einer chronischen Neurasthenie regelmäßig Unterstützung von Kollegen benötigt um zehn Akten am Tag abzuarbeiten. Diese Beeinträchtigung wird sich nach erfolgter fachgerechter Psychotherapie prognostisch nicht verbessern. Der Arbeitsplatz besteht. Welche Therapiemaßnahmen / -ziele kämen aufgrund dieses Fähigkeitsbefundes am ehesten in Frage?

- A) **Die Arbeitsunfähigkeit kann aktuell nicht aufgehoben werden. Es werden Maßnahmen eruiert zur Arbeitsplatzanpassung.**
- B) Die Arbeitsunfähigkeit wird sofort aufgehoben. Es werden weiterhin Übungen zur Förderung von Durchhaltefähigkeit durchgeführt.
- C) Die Arbeitsunfähigkeit kann aktuell nicht aufgehoben werden. Der Patient sollte ein Selbstbehauptungstraining besuchen um beim Vorgesetzten durchzusetzen, dass er die Arbeit als Heimarbeit durchführen kann.
- D) Die Arbeitsunfähigkeit wird sofort aufgehoben. Es wird direkt am Arbeitsplatz eine Expositionstherapie zur Förderung von Symptomtoleranz durchgeführt.
- E) Die Arbeitsunfähigkeit kann aktuell nicht aufgehoben werden. Es wird eine Therapie am Symptom vorbei durchgeführt, mittels eines nicht-arbeitsbezogenen Entspannungstrainings (Progressive Muskelrelaxation).